

Estoy de acuerdo en permitir que se comparta **mi** información de vacunas/TB (o la de mi niño(a)) con otras agencias, escuelas, o clínicas en el Registro de Vacunación de California.*

| | | | | | |
|---|--|--|---|-------------------------------|-------------------------|
| Nombre | | Fecha de Nacimiento | Sexo | Primer Nombre de Madre | Apellido Materno |
| | | | M / F | | |
| Raza y Etnia (marque todo lo que corresponda) | <input type="checkbox"/> Nativo de Alaska o indio americano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Nativo hawaiano o isleño del Pacífico | <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Otro | <input type="checkbox"/> Hispano o latino <input type="checkbox"/> No Hispano o Latino | | |
| Dirección: | Si eres un joven sin hogar, verifica lo siguiente: | | | | |
| Ciudad, Estado, Código Postal: | <input type="checkbox"/> Tengo 15, 16 o 17 años <input type="checkbox"/> No vivo con mis padres o tutor legal <input type="checkbox"/> Hago mis propias decisiones financieras | | | | |
| Teléfono: | <input type="checkbox"/> Acepto recibir textos del Monitoreo de Enfermedades de Texto (TIM) | | | | |

Mi firma abajo significa que me han dado copia y he leído, o me han explicado, la información en la **Autorización De Uso De Emergencia** sobre la enfermedad y la vacuna que dieron hoy. He tenido oportunidad de hacer preguntas que me han contestado a mi satisfacción. Yo creo que entiendo bien los beneficios y los riesgos de las vacunas y pido que den la vacuna recomendada a mí o a la persona arriba para quien tengo la autoridad para hacer esta decisión. He recibido (o me han ofrecido) la **Notificación de Practica de Privacidad** de la Agencia de Servicios de Salud del Condado de Tehama (TCHSA) en este día. La Notificación de Practica de Privacidad de TCHSA provee información sobre la manera en que TCHSA puede usar y divulgar su información de salud protegida. TCHSA recomienda que usted lea esta notificación en su totalidad.

Firma del Cliente o del Padre/Guardián: CLIENTE PADRE/GUARDIÁN

X **Fecha:**

* Yo no autorizo que se comparta el registro de vacunas/la prueba de Tuberculosis (TB), ya sea mi información o la de mi niño(a), con agencias, escuelas, o clínicas en el Registro de Vacunación de California. **Nota:** Su registro de vacunas/TB puede ser registrado en CAIR para el uso de esta oficina. Por ley, oficiales de salud pública podrán tener acceso a su registro de vacunas/TB en caso de una emergencia de salud pública.

| | | | | | |
|--|---|----------------------------------|---------------------------------|-----------------------|---------------|
| PERSONAL PARA COMPLETER (STAFF TO COMPLETE) | | | | PATIENT ID: | |
| <input type="checkbox"/> 1 st Dose | <input type="checkbox"/> 2 nd Dose | <input type="checkbox"/> Moderna | <input type="checkbox"/> Pfizer | CAIR #: | |
| Date: | LOT #: | | | Site: LD RD | Nurse: |



Lista De Verificación Antes de Vacunar Para La Vacuna COVID-19 del Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC)

Nombre: _____

Edad: _____

Para los recipientes de la vacuna: Las siguientes preguntas nos ayudarán a determinar si hay cualquier motivo por el que no debería recibir la vacuna COVID-19 hoy. **Si responde "sí" a cualquier pregunta, no significa necesariamente que no debe vacunarse.** Solo significa que se pueden hacer preguntas adicionales. Si una pregunta no está clara, pídale a su médico que se la explique.

| | Sí | No | No Se |
|---|----|----|-------|
| 1. ¿Siente usted enfermo hoy? | | | |
| 2. ¿Ha recibido alguna vez una dosis de la vacuna COVID-19? | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • En caso afirmativo, ¿cuál vacuna recibió? <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> Pfizer <input type="checkbox"/> Moderna <input type="checkbox"/> Otra: </p> | | | |
| 3. ¿Alguna vez ha tenido una reacción alérgica a: (Esto incluiría una reacción alérgica grave [p. Ej., Anafilaxia] que requirió tratamiento con epinefrina o EpiPen® o que lo llevó al hospital. También incluiría una reacción alérgica que ocurrió entre 4 horas que causó urticaria, hinchazón o dificultad respiratoria, incluyendo resollar). <ul style="list-style-type: none"> • Un componente de la vacuna COVID-19, incluyendo el polietilenglicol (PEG), que se encuentra en algunos medicamentos, como laxantes y preparaciones para procedimientos de colonoscopia • Polisorbato • Una dosis anterior de la vacuna COVID-19 | | | |
| 4. ¿Alguna vez ha tenido una reacción alérgica a otra vacuna (que no sea la vacuna COVID-19) o un medicamento inyectable? (Esto incluiría una reacción alérgica grave [por ejemplo, anafilaxia] que requiriera tratamiento con epinefrina o EpiPen® o que le hizo ir al hospital. También incluiría una reacción alérgica que ocurrió entre 4 horas que causó urticaria, hinchazón o dificultad respiratoria, incluyendo resollar). | | | |
| 5. ¿Ha tenido alguna vez una reacción alérgica grave (por ejemplo, anafilaxia) a algo que no sea componente de la vacuna COVID-19, polisorbato o cualquier vacuna o medicamento inyectable? Esto incluiría alergias alimentarias, de mascotas, ambientales u medicamentos orales. | | | |
| 6. ¿Ha recibido alguna vacuna en los últimos 14 días? | | | |
| 7. ¿Alguna vez tuvo una prueba positiva de COVID-19 o un médico le dijo que tenía COVID-19? | | | |
| 8. ¿Ha recibido terapia con anticuerpos pasivos (anticuerpos monoclonales o suero de convalecencia) como tratamiento para COVID-19? | | | |
| 9. ¿Tiene un sistema inmunológico debilitado causado por algo como una infección por VIH o cáncer o ¿Toma medicamentos o terapias inmunosupresoras? | | | |
| 10. ¿Tiene un trastorno hemorrágico o está tomando un anticoagulante? | | | |
| 11. ¿Está embarazada o amamantando? | | | |

Form Reviewed By: _____

Date: _____